

Pojistné podmínky pojištění AEGON Direkt

Co se dozvíte z těchto pojistných podmínek?

Všeobecná část

Obsahuje obecné informace o tom, jak pojištění vznikne, jak je to s pojistnou ochranou nebo jak může pojištění zaniknout a další související informace.

Čím se smlouva řídí	Článek 1
Jak probíhá uzavření smlouvy	Článek 2
Odkdy jste pojištěni	Článek 3
Jak se platí pojistné	Článek 4
Co je obsahem pojištění a co se rozumí úrazem	Článek 5
Co není zahrnuto v pojištění	Článek 6
Kdy má pojistitel právo snížit pojistné plnění	Článek 7
Kdo může pojištění sjednat	Článek 8
Jak pojištění zaniká	Článek 9
Jak probíhá komunikace ohledně smlouvy	Článek 10

Zvláštní část

Obsahuje konkrétní informace o pojistné ochraně, kterou lze sjednat v rámci pojištění AEGON Direkt. Věnujte pozornost těm připojištěním, která máte zahrnuta v pojistné smlouvě.

- **Smrt následkem úrazu** (tarif 6020)
- **Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 1 %** (tarif 6036)
- **Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 10 %** (tarif 5033)

Jakým pojům je třeba rozumět	Článek 11
V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění	Článek 12
Jak se vypočte pojistné plnění	Článek 13
Jaká jsou maxima pojistného plnění	Článek 14

- **Denní odškodné při úrazu** (tarif 5092)
- **Denní odškodné při úrazu PLUS** (tarif 5094)

Jakým pojům je třeba rozumět	Článek 15
V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění	Článek 16
Jak se vypočte pojistné plnění	Článek 17
Jaká jsou maxima pojistného plnění	Článek 18

- **Hospitalizace při úrazu** (tarif 6055)
- **Hospitalizace a zotavné při úrazu** (tarif 6056)

Jakým pojům je třeba rozumět	Článek 19
V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění	Článek 20
Jak se vypočte pojistné plnění	Článek 21
Jaká jsou maxima pojistného plnění	Článek 22

Jaká jsou pravidla pojistné smlouvy	Článek 23
---	-----------

Všeobecná část

Obsahuje obecné informace o tom, jak pojištění vznikne, jak je to s pojistnou ochranou nebo jak může pojištění zaniknout a další související informace.

Čím se smlouva řídí

Článek 1

Úvodní ustanovení

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojistitel AEGON Pojišťovna, a.s. (dále jen "pojistitel"), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen "zákon"), a souvisejícími právními předpisy České republiky, dále se řídí těmito pojistnými podmínkami pojištění AEGON Direkt (dále jen „pojistné podmínky“) a dalšími ujednáními, pokud se na ně pojistná smlouva odvolává.

Jak probíhá uzavření smlouvy

Článek 2

Uzavření pojistné smlouvy

- Pojistitel předkládá osobě, která projevila zájem o pojištění (dále jen „zájemce“), návrh pojistné smlouvy (dále jen „návrh“).
- Pojistná smlouva bude uzavřena pouze tehdy, pokud zájemce přijme návrh do 30 dnů od jeho předložení pojistitelem. Přijetí návrhu pojistné smlouvy a souhlas se všemi informacemi, které jsou v něm uvedeny, vyjádří zájemce jeho podpisem anebo zaplacením prvního pojistného ve výši uvedené v návrhu. Pojistná smlouva je uzavřena nejdříve dnem zaplacení prvního pojistného, tj. připsáním této platby na účet pojistitele.
- Jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojistitel zašle pojistníkovi pojistku.
- Nezaplatí-li pojistník první pojistné v uvedené lhůtě, pojistná smlouva nevzniká a návrh pojistitele uplynutím této lhůty zaniká.

Odkdy jste pojištěni

Článek 3

Počátek pojištění a pojistné ochrany

- Počátek pojištění nastane v 0.00 hodin dne uvedeného v návrhu pojistné smlouvy jako „počátek pojištění“.
- Technický počátek pojištění je 1. den kalendářního měsíce, který následuje po počátku pojištění.
- Pojistná ochrana v rozsahu uvedeném v návrhu pojistné smlouvy včetně příloh je poskytována od okamžiku uzavření pojistné smlouvy, tedy od okamžiku připsání prvního pojistného na účet pojistitele (číslo účtu je uvedeno v návrhu smlouvy).

Jak se platí pojistné

Článek 4

Placení pojistného

- První pojistné je splatné ke dni počátku pojištění.
- V případě pojištění AEGON Direkt jde vždy o pojistné placené v pravidelných splátkách podle sjednané frekvence (tzv. běžné pojistné) vždy za dané pojistné období.
- První pojistné období začíná dnem technického počátku. Délka pojistného období je dána sjednanou frekvencí placení, která může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
- Následné pojistné je splatné vždy dle sjednané frekvence placení po uplynutí prvního pojistného období ode dne technického počátku pojištění, a to vždy k prvnímu dni následujícího pojistného období.
- Výročí je den v době platnosti pojištění, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem technického počátku pojištění. Od tohoto dne počíná běžet každý následující pojistný rok.
- Základem pro výpočet pojistného plnění je částka určená v pojistné smlouvě.
- Pojistitel nenese odpovědnost za škodu způsobenou opožděnou či zmařenou identifikací platby pojistného, způsobenou uvedením nesprávných údajů při placení pojistného ze strany pojistníka.

Co je obsahem pojištění a co se rozumí úrazem

Článek 5

Pojistná událost a pojistné plnění

- Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou v době trvání pojištění kdekoli, s výjimkami uvedenými v těchto pojistných podmínkách platných pro sjednaný druh pojištění či připojištění.
- Které nahodilé události jsou předmětem pojistného krytí („pojistná událost“) a jaká je výše pojistných částek, je uvedeno v pojistné smlouvě. Pojistné události jsou dále blíže specifikovány v těchto pojistných podmínkách.

- Základní pojištění** je pojištění pro případ smrti pojištěného. Pojistnou událostí v základním pojištění je smrt pojištěného. V případě vzniku této pojistné události vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši pojistné částky ze základního pojištění platné k datu úmrtí pojištěného.
- Pojistné události pro další sjednaná **připojištění** jsou vymezeny dále ve Zvláštní části těchto pojistných podmínek, popř. dalších ujednáních, na něž se pojistná smlouva odvolává. Připojištěním se rozumí doplňková pojistná ochrana kryjící riziko vzniku nahodilé události, které nelze sjednat samostatně, ale pouze společně se základním pojištěním. Přesné vymezení připojištění, zejména pojistné události, je uvedeno v těchto pojistných podmínkách.
- Pro účely pojistné smlouvy se úrazem rozumí:**
 - nečekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
 - za úraz se považuje také neúmyslné, nečekávané, náhlé a nepřerušované působení plynů, par, záření, elektrického proudu, vysokých nebo nízkých teplot, chemických látek a jedů (s výjimkou mikrobiálních jedů a imunotoxických látek), k němuž došlo nezávisle na vůli pojištěného, a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- Poškození zdraví nebo smrt **nejso považovány za vzniklé úrazem** nebo se nepovažují za následek úrazu:
 - pokud k nim došlo zhoršením nebo projevením se nemocí v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevení se obtíží majících původ v degenerativních změnách (např. výhřez meziobratlové ploténky bez současné přítomnosti zlomeniny obratle, kýla, vertebrogenní syndrom apod.);
 - pokud k nim došlo sebevraždou nebo pokusem o ni nebo úmyslným sebepoškozením;
 - pokud k nim došlo v důsledku duševních poruch a všech poruch vědomí, které byly způsobeny chorobami existujícími před uzavřením pojistné smlouvy;
 - pokud pojištěnému vznikla psychická újma, a to ani v případě, kdy vyvolávajícím momentem vyjmenovaných obtíží je úraz.

Co není zahrnuto v pojištění

Článek 6

Výluky z pojištění

- Škodná událost (tj. skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku pojistné události) není pojistnou událostí a pojistitel neposkytne pojistné plnění, jestliže škodná událost vznikla:
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji, jadernými katastrofami a teroristickými činy;
 - následkem sebevraždy nebo pokusu o ni; výjimkou je plnění ze základního pojištění pro případ smrti, které by bylo poskytnuto v případě sebevraždy po uplynutí do 2 let ode dne uzavření pojištění anebo do 2 let ode dne zvýšení pojistné částky na základním pojištění;
 - jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s pácháním úmyslného trestného činu pojištěným nebo při pokusu o něj nebo v souvislosti s úmyslným sebepoškozením;
 - jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s profesionální sportovní činností pojištěného;
 - při provozování rizikových (adrenalinových) sportů, jakými jsou například horolezectví, potápění do hloubky více než 40 m, rafting, vodní lyžování, závodění na motorových člunech, parašutismus, paragliding, létání na závěsném kluzáku, bungee jumping, lyžařská akrobacie, letecká akrobacie, freeride aktivity a sjezd na jízdním kole, bojové sporty a bojová umění, závody nebo trénink v rámci provozování motoristických sportů, snowkiting, landkiting, canyonig, cliff diving, létání na kluzáku nebo rogalu a při provozování obdobných extrémních a adrenalinových sportů nebo činností;
 - při službě v rámci speciálních útvarů v jakýchkoli ozbrojených složkách (např. útvary rychlého nasazení, speciální pořádkové útvary, chemické a pyrotechnické útvary, převoz peněz a/nebo cenností a další obdobné činnosti, u nichž se část jejich pracovního výkonu vyznačuje vyšším stupněm rizikovitosti oproti standardnímu zařazení v ozbrojených složkách);
- Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případě, že příčina této škodné události přímo či nepřímo souvisí s nemocí, úrazem nebo postižením, které existovalo již před uzavřením pojistné smlouvy, resp. před uzavřením daného připojištění.

Kdy má pojistitel právo snížit pojistné plnění

Článek 7

Omezení pojistného plnění

- Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem toho, že poškozený požil alkohol nebo požil návykovou látku nebo připravil takovou látku obsahující, odůvodňující-li to okolnosti, za nichž k úrazu došlo. Měl-li však takový úraz za následek smrt poškozeného, má pojistitel právo snížit pojistné plnění jen tehdy, došlo-li k úrazu v souvislosti s činem poškozeného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.

2. Pokud v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit odvolá pojištěný svůj souhlas se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění až do doby, než souhlas znovu udělí. Odvolání tohoto souhlasu je účastníky považováno za ztížení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti plnit z viny pojištěného s důsledky uvedenými v § 2798 zákona. Odvolání souhlasu je považováno za rozumný důvod k odeřpení výplaty zálohy pojistného plnění dle uvedeného ustanovení zákona.

Kdo může pojištění sjednat

Článek 8

Nepojistitelná osoba

1. Pojištění smí sjednat pouze osoba, která není nepojistitelnou osobou podle odst. 2 tohoto článku. Zaplacením prvního pojistného potvrzuje zájemce na návrhu uvedené prohlášení, že není nepojistitelnou osobou; toto prohlášení je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Za nepojistitelnou osobu se považuje osoba, která v době uzavření pojistné smlouvy:
 - a) je v pracovní neschopnosti nebo
 - b) je nebo byla příjemcem invalidního důchodu pro jakýkoliv stupeň invalidity a je nebo byla držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P nebo
 - c) je objednána na jakýkoli operační zákrok nebo očekává výsledky jakéhokoliv lékařského vyšetření (např. CT, RTG, MR, odběr krve, moči nebo stolice apod.).

Jak pojištění zaniká

Článek 9

Trvání pojištění a zánik pojištění

1. Pojištění zaniká způsoby popsanými v zákoně.
2. Pojištění se sjednává na dobu 1 roku ode dne technického počátku pojištění („pojistná doba“). Pokud nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby neoznámí kterákoliv ze smluvních stran, že nemá na dalším trvání pojištění zájem, pojištění nezaniká a prodlužuje se o další rok za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a těchto pojistných podmínkách.

3. Pojištění zaniká dožitím se výročního dne v roce, ve kterém pojištěný dosáhne maximálního věku uvedeného v pojistné smlouvě.
4. Zanikne-li základní pojištění (životní pojištění) zanikají automaticky i všechna připojištění, která jsou součástí pojistné smlouvy.
5. Jednotlivá připojištění mohou zaniknout také z důvodů popsaných ve zvláštní části těchto pojistných podmínek.
6. Připojištění kryjící pojistná rizika s výjimkou smrti nejsou chápána jako životní pojištění a je možné je vypovědět z důvodů, které uvádí zákon.

Jak probíhá komunikace ohledně smlouvy

Článek 10

Sdělení a doručování písemností

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak.
2. Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi naposledy určenou korespondenční (doručovací) adresu. Se souhlasem pojistníka lze písemnosti jemu určené doručovat i na poslední pojistiteli oznámenou emailovou adresu pojistníka, nebo umístěním písemností na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby AEGON Online (online.aegon.cz) zabezpečené pojistitelem (dále jen „elektronické doručování písemností“). Pojistník může aktivovat nebo deaktivovat elektronické doručování písemností prostřednictvím elektronické služby AEGON Online dle pokynů pojistitele. Pojistník bude o elektronickém doručování písemností pojistitelem vhodným způsobem informován, a to zejména prostřednictvím SMS zprávy zasláné na číslo mobilního telefonu pro autorizaci pojistníka. Pravidla užívání online komunikace jsou popsána v dokumentu Podmínky poskytování a používání elektronických služeb AEGON Online, který tvoří součást smluvní dokumentace.
3. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení druhé straně. V případě vzájemně odsouhlaseného elektronického doručování písemností pojistníkovi se písemnosti považují za doručené:
 - a) dnem jejich odeslání na poslední pojistiteli oznámenou emailovou adresu pojistníka, pokud se písemnost nevrátila jako nedoručitelná
 - b) nebo dnem jejich umístění na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby AEGON Online. Písemnost doručená pojistiteli je účinná doručením do sídla pojistitele.

Zvláštní část

Obsahuje konkrétní informace o pojistné ochraně, kterou lze sjednat v rámci pojistění AEGON Direkt:

Připojištění smrti následkem úrazu (tarif 6020)

Připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % (tarif 6036)

Připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 % (tarif 5033)

Jakým pojům je třeba rozumět

Článek 11

Výklad pojmů pro uvedená připojištění

Úrazem se rozumí úraz ve smyslu článku 5 těchto pojistných podmínek (dále jen „úraz“). Trvalými následky se rozumí prokazatelné omezení tělesných či duševních funkcí pojištěného, které již z medicínského hlediska nejsou schopny zlepšení, k němuž dojde v důsledku úrazu a které zanechá procento poškození určené podle Oceňovací tabulky za trvalé následky úrazu, uveřejněné na internetových stránkách pojistitele www.aegon.cz/direkt (dále jen Oceňovací tabulka TN), a to nejméně ve výši 1 % pro tarif 6036 nebo nejméně ve výši 10 % pro tarif 5033.

Procentem poškození se rozumí příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnocuje následky úrazu, který způsobil pojistnou událost podle Oceňovací tabulky TN. Jestliže je v Oceňovací tabulce TN pro následek úrazu určeno procento poškození formou rozmezí, je procento poškození určeno pojistitelem určeným zdravotnickým zařízením nebo jiným odborným pracovníkem pojistitele podle závažnosti následku úrazu.

Progresivním plněním se rozumí způsob výpočtu pojistného plnění z připojištění trvalých následků úrazu (tarif 6036 nebo 5033), jestliže úraz zanechá procento poškození nejméně 26 % (určeno podle Oceňovací tabulky TN). Výše plnění je dle příslušného procenta poškození uvedeno v Příloze 1 těchto pojistných podmínek (Tabulka progresivního plnění).

Kosmetickou operací se rozumí operace za účelem odstranění deformace povrchu těla pojištěného, které bylo poškozeno pojistnou událostí z připojištění trvalých následků úrazu (tarif 6036, 5033) takovým způsobem, že po ukončení léčení zůstal vnější vzhled pojištěného poškozen. Součástí kosmetické operace je i nezbytné klinické ošetření.

V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění

Článek 12

Pojistná událost

- Pojistnou událostí v připojištění **smrti následkem úrazu** je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku způsobí smrt pojištěného.
- Pojistnou událostí v připojištění **trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 %** (dále jen „trvalé následky“) je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechá pojištěnému trvalé následky.
- Pojistnou událostí v připojištění **trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 %** je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechá pojištěnému trvalé následky s procentem poškození ve výši minimálně 10 %.
- Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu v případě ztráty trvalého zubu je pouze takový úraz, v jehož důsledku pojištěný musel vyhledat pomoc odborného lékaře. Limit pojistného plnění je uveden v článku 14 těchto pojistných podmínek.

Jak se vypočte pojistné plnění

Článek 13

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události **smrti následkem úrazu** odst. 1 předchozího článku pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události. Jestliže za stejný úraz, v jehož důsledku došlo ke smrti pojištěného, bylo již vyplaceno pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu, bude pojistné plnění o tuto hodnotu sníženo.

- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události **trvalých následků úrazu** podle odst. 2 nebo odst. 3 předchozího článku pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz Oceňovací tabulka TN) z pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění dle Přílohy 1 těchto pojistných podmínek (Tabulka progresivního plnění).
- Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, pojistitel vyplatí oprávněné osobě částku, která odpovídá rozsahu prokazatelných trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti.
- V případě vzniku trvalých následků poskytuje pojistitel pojištěnému pojistné plnění v prvním pojistném roce po úrazu jen v těch případech, kdy lze z lékařského hlediska jednoznačně stanovit druh a rozsah poškození. Pokud není jednoznačně určen stupeň trvalých následků nebo dojde-li k jejich zhoršení, jsou pojistitel i pojištěný oprávněni nechat stupeň poškození každoročně, nejdéle však po dobu čtyř let ode dne vzniku úrazu, nově vyměřit.
- V případě, že dojde k pojistné události trvalých následků úrazu a nelze-li určit procento poškození podle Oceňovací tabulky TN, stanoví pojistitel ve spolupráci s jím určeným odborným lékařem procento poškození takovým způsobem, že použije hodnoty v Oceňovací tabulce TN analogicky, přičemž použije procento poškození, které je danému trvalému následku svou povahou nejbližší.
- V případě, že dojde k pojistné události trvalých následků úrazu a v Oceňovací tabulce TN není pro danou diagnózu uveden interval plnění a současně nedosahuje-li stupeň poškození dle lékařského posudku požadované výše, považuje se procento poškození uvedené v Oceňovací tabulce TN za horní hranici plnění.
- Dojde-li ke vzniku trvalých následků u části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procento poškození v souladu s Oceňovací tabulkou TN takovým způsobem, že se procento poškození sníží o takovou výši, která odpovídá procentnímu poškození, které úrazu předcházelo. Předcházející poškození se stanoví rovněž podle Oceňovací tabulky TN.
- V případě, že dojde ke vzniku pojistné události z připojištění trvalých následků úrazu, má pojištěný nárok na plnění za **kosmetické operace** ve smyslu článku 11 těchto pojistných podmínek ve výši skutečných nákladů po odečtení úhrady provedené zdravotní pojišťovnou pojištěného.
- Rozhodne-li se pojištěný pro kosmetickou operaci za účelem odstranění poškození povrchu těla způsobeného pojistnou událostí, uhradí pojistitel náklady související s kosmetickou operací a klinickým ošetřením (jmenovitě lékařský honorář, léky, obvazy a jiné lékařem předepsané léčebné prostředky, ubytování a léčebnou péči na klinice). Limity pojistného plnění za kosmetické operace jsou uvedeny v článku 14 těchto pojistných podmínek.
- Náklady související s kosmetickou operací a klinickým ošetřením pojištěného budou pojistitelem uhrazeny pouze tehdy, pokud se kosmetická operace uskuteční do tří let od data úrazu, který zanechal trvalé následky. Výjimkou je kosmetická operace u osoby mladší 18 let, u níž musí být uskutečněna nejpozději před dovršením 21. roku věku.
- V případě, že dojde ke vzniku pojistné události trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % nebo od 10 % (tarif 6036 nebo 5033) v důsledku **dopravní nehody součtem procent poškození pro jednotlivé trvalé následky** (např. autobus, letadlo, vlak, metro, tramvaj, trolejbus apod.), poskytne pojistitel plnění ve výši dvojnásobku nároku určeného podle odst. 2 tohoto článku.
- Dopravní nehodu se rozumí taková škodná událost, při níž je pojištěný jejím přímým účastníkem jako cestující v hromadném dopravním prostředku.

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Článek 14

Limity pojistného plnění

- V případě, že jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu za účelem stanovení procenta poškození součtem procent poškození pro jednotlivé trvalé následky. Pojistitel v tomto případě přizná procento poškození do max. výše 100 %.
- Týká-li se jednotlivé trvalé následky téhož údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem poškození stanoveným v Oceňovací tabulce TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí.
- V případě pojistné události ztráty trvalého zubu spojené s ošetřením odborného lékaře vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz Oceňovací tabulku TN) z pojistné částky tohoto připojištění, platné k datu pojistné události, max. však do výše 5 000 Kč za jeden poškozený zub.
- V případě kosmetické operace uhradí pojistitel náklady maximálně do výše 10 % sjednané pojistné částky z příslušného připojištění trvalých následků (tarif 6036 nebo tarif 5033), maximálně však 200 000 Kč. V případě, že se kosmetická operace týká trvalého zubu, je maximální výše pojistného plnění stanovena na 5 000 Kč za jeden zub.

Příloha 1: Tabulka progresivního plnění

Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		

Připojištění denního odškodného při úrazu

(tarif 5092)

Připojištění denního odškodného při úrazu PLUS

(tarif 5094)

Jakým pojům je třeba rozumět

Článek 15

Výklad pojmů pro tato připojištění

Úrazem se rozumí úraz ve smyslu článku 5 těchto pojistných podmínek (dále jen „úraz“).

V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění

Článek 16

Pojistná událost

- Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu je úraz ve smyslu článku 5 těchto pojistných podmínek, ke kterému došlo v době trvání připojištění a jehož doba nezbytného léčení doložená lékařským potvrzením přesáhne dle Oceňovací tabulky pro denní odškodné při úrazu (viz www.aegon.cz/direkt) limit 21 dní.
- Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu PLUS je úraz ve smyslu článku 5, ke kterému došlo v době trvání připojištění, jehož doba nezbytného léčení doložená lékařským potvrzením dosáhla nejméně 7 dní, a který je uveden v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS (viz www.aegon.cz/direkt).

Jak se vypočte pojistné plnění

Článek 17

Pojistné plnění

- Pojistitel poskytuje v případě pojistné události z tarifu 5092 jednorázově denní odškodné ve výši platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu. Oceňovací tabulka pro denní odškodné při úrazu stanovuje počet dnů léčení pro jednotlivé diagnózy. Současně určuje i diagnózy, za které pojistitel pojistné plnění neposkytuje.

- Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí z tarifu 5092 obsaženo v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky tělesné poškození uvedené v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, které je mu svou povahou nejbližší.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění bezprostředně po nahlášení pojistné události a ukončení likvidačního šetření, pokud se diagnóza stanovená lékařem shoduje s diagnózou uvedenou v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu. V ostatních případech poskytuje pojistitel plnění až po ukončení léčení a ukončení šetření. V případě, že pojistitel poskytl po nahlášení pojistné události a ukončení šetření pojistné plnění za diagnózu uvedenou v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně diagnózy na diagnózu s vyšším počtem dnů léčení podle oceňovací tabulky, vyplatí pojistitel na žádost oprávněné osoby doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy po odečtení již proplacených dnů nezbytného léčení podle původní diagnózy.
- Pojistitel poskytuje v případě pojistné události z tarifu 5094 jednorázově denní odškodné ve výši platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS.
- Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí z tarifu 5094 obsaženo v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.
- Po překročení lhůt, uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku a splnění ostatních podmínek daných touto zvláštní částí pojistných podmínek poskytuje pojistitel pojistné plnění od 1. dne léčení úrazu.

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Článek 18

Limity pojistného plnění

- Výplata denního odškodného je časově omezena pro každou pojistnou událost z tarifu 5092 na 365 dní a v případě pojistné události z tarifu 5094 na 3 týdny, nejdéle však do data zániku připojištění. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé doby nezbytného léčení způsobené stejným úrazem sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců, a považují se tak za jednu pojistnou událost.
- Pokud došlo k více tělesným poškozením vzniklých jedním úrazem, považují se za jednu pojistnou událost a pojistitel plní za dobu nejdelšího nezbytného léčení podle platné oceňovací tabulky.
- Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, resp. v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se do celkové doby léčení započítává pouze jednou.

Připojištění hospitalizace při úrazu (tarif 6055)

Připojištění hospitalizace a zotavného při úrazu (tarif 6056)

Jakým pojmem je třeba rozumět

Článek 19

Výklad pojmů pro připojištění hospitalizace při úrazu

Hospitalizací se pro účely tohoto připojištění rozumí poskytnutí nemocniční lůžkové péče pojištěnému v důsledku úrazu pojištěného, která nastala v době trvání připojištění a která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace se považuje za z lékařského hlediska nezbytnou, jestliže ošetření pojištěného musí být s ohledem na závažnost nebo charakter úrazu provedeno v nemocnici na lůžku (dále jen „hospitalizace“).

Nemocnicí se v tomto připojištění rozumí takové zdravotnické zařízení na území České republiky, které pracuje pod stálým odborným lékařským vedením, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle aktuálně platných léčebných standardů, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Nemocnicí se nerozumí lázeňské domy, sanatoria, ozdravniny ani pečovatelské domy. Rehabilitační centra lze považovat za nemocnici jen v případě, že nepřetržitý pobyt pojištěného v nich bezprostředně navazuje na primární hospitalizaci (dále jen „nemocnice“).

Úrazem se rozumí úraz ve smyslu článku 5 těchto pojistných podmínek (dále jen „úraz“). **Jednotkou intenzivní péče** se rozumí specializované oddělení nemocnice poskytující intenzivní zdravotnickou péči pacientům, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí (dále jen „JIP“).

Zotavným se rozumí doba určená na zotavenou pojištěného, která následuje bezprostředně po ukončení hospitalizace a která byla stanovena lékařem jako doba nezbytná k dalšímu léčení úrazu pojištěného již po ukončení jeho hospitalizace. Zotavné následuje bezprostředně po ukončení hospitalizace a jeho délka nesmí přesáhnout délku předchozí hospitalizace, s níž doba zotavného příčinně souvisí. Doba zotavného se dokládá na příslušné kopii dokladu o pracovní neschopnosti, na kterém ošetřující lékař potvrdí začátek a dobu trvání pracovní neschopnosti (dále jen „zotavné“).

V jakém případě poskytne pojistitel pojistné plnění

Článek 20

Pojistná událost

- Pojistnou událostí v tomto připojištění je z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného ve smyslu předchozího článku, která nastala v době trvání připojištění v důsledku úrazu pojištěného a která trvala nejméně 24 hodin. V případě sjednání připojištění hospitalizace a zotavného při úrazu (tarif 6056) je pojistnou událostí také zotavné ve smyslu uvedeném v předchozím článku.

Jak se vypočte pojistné plnění

Článek 21

Pojistné plnění

- Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy je hospitalizace ukončena, nejspíše však dnem zániku připojištění. Maximální počet dní, za něž pojistitel poskytne pojistné plnění, činí 365.
- Pojistitel vyplatí za každý den hospitalizace (tj. počet půlnocí strávených v nemocnici) pojistné plnění ve výši pojistné částky (denní dávky) platné k datu, kdy hospitalizace pojištěného začala.

- Jestliže pojištěný během hospitalizace strávil alespoň 24 hodin na JIP, pojistitel za každý den strávený na JIP (tj. za počet půlnocí, které na zde pojištěný strávil) vyplatí dvojnásobek denní dávky.
- V případě dlouhodobé hospitalizace vyplatí pojistitel pojistné plnění jednou za měsíc, a to ve výši odpovídající délce hospitalizace uplynulé od předchozí výplaty nebo v případě první výplaty odpovídající době od počátku hospitalizace. Pojistitel toto plnění vyplatí až poté, co oprávněná osoba doloží svůj nárok na pojistné plnění na formuláři pojistitele a potvrzený nemocnicí, v níž je pojištěný hospitalizován.
- Jestliže je sjednáno připojištění hospitalizace a zotavného při úrazu (tarif 6056) a ošetřující lékař stanovil jako nezbytné další léčení úrazu ve smyslu zotavného i po ukončení hospitalizace, vyplatí pojistitel denní dávku také za počet dní zotavného, nejdéle však za počet dní odpovídající předchozí hospitalizaci.
- Při výplatě pojistného plnění se vždy přihlíží k limitům, které jsou uvedeny v následujícím článku.

Jaká jsou maxima pojistného plnění

Článek 22

Limity pojistného plnění

- Pojistitel vyplatí denní dávku za maximálně 365 dní hospitalizace, případně za dny hospitalizace včetně zotavného. Celkové pojistné plnění je tak omezeno součinem sjednané pojistné částky a hodnoty 365, bez ohledu na délku pobytu na JIP a dobu zotavného (např. v případě pojistné částky 1000 Kč činí maximální plnění 1000 * 365, tj. 365 000 korun českých).
- Jestliže je pojištěný hospitalizován do 6 měsíců od ukončení hospitalizace či zotavného z důvodu téže diagnózy, jsou pro účely určení maximální doby, za kterou se denní dávky vyplácejí, doby trvání hospitalizace včetně zotavného sčítány.
- Pokud je vyplaceno pojistné plnění za 365 dní, připojištění zaniká.

Jaká jsou pravidla pojistné smlouvy

Článek 23

Závěrečná a obecná ustanovení

- Součástí pojistné smlouvy jsou prohlášení pojistníka a pojištěného. Pokud by tato prohlášení byla nepravdivá, ať už z nedbalosti nebo úmyslně, má pojistitel právo odstoupit od pojistné smlouvy anebo odmítnout pojistné plnění.
- V případě, že dojde k události, která by mohla být důvodem pro výplatu pojistného plnění (škodná událost), má pojistitel právo přezkoumávat zdravotní stav pojištěného na základě zpráv a zdravotnické dokumentace, které pojistiteli poskytne pověřená zdravotnická zařízení. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen podrobit se na náklady pojistitele lékařské prohlídce nebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí pojistitel.
- Odvolávají-li se tyto pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
- Všechny platby týkající se pojistné smlouvy jsou prováděny v zákonných penězích České republiky a jsou splatné na území České republiky, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
- Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové ve smyslu zákona.
- Pojištění nelze přerušit, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
- Následující možnosti ve smyslu zákona se v pojištění nesjednávají: snížení pojistné částky, snížení ročního důchodu, zkrácení pojistné doby, možnost určit neodvolatelně obmysleného.
- Pojistitel je oprávněn požadovat identifikaci dle platných zákonů u ostatních účastníků pojištění, jestliže některá z těchto osob podá návrh na změnu pojistné smlouvy, výpověď pojištění nebo požádá o výplatu plnění z pojištění.
- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, náklady spojené s uplatněním nároku na plnění hradí ten, kdo nárok uplatňuje.
- Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 3. 2014.

Podmínky poskytování a používání elektronických služeb AEGON Online

I. Obsah služby, definice, bezpečnostní předměty

- Obsahem služby AEGON Online je poskytování elektronických služeb pojistníkoví ze strany pojistitele a používání elektronických služeb pojistníkem v rozsahu a za podmínek uvedených v těchto podmínkách, jakož i vydání a používání Bezpečnostních předmětů pojistníkem v souladu s těmito podmínkami.
- Pojistitel jako provozovatel služby AEGON Online zpřístupní a poskytne pojistníkovi elektronické služby k pojistné smlouvě, případně k dalším smlouvám pojistníka uzavřeným s jinými společnostmi v rámci koncernu AEGON v České republice prostřednictvím portálu online.aegon.cz, prostřednictvím kontaktního centra pojistitele nebo formou sms zpráv v níže uvedeném rozsahu a za podmínek uvedených v aktuálně platných Obchodních podmínkách pojistitele. Povolnými aktivními operacemi se rozumějí právní úkony klienta uskutečněné prostřednictvím elektronické služby pojistitele AEGON Online na základě provedené autorizace/notifikace pojistníka formou zaslání jednorázového hesla. Zadáním vygenerovaného jednorázového hesla v portálu online.aegon.cz a zaškrtnutím pole nebo stisknutím tlačítka v tomto portálu pojistník akceptuje realizaci požadované povolené aktivní operace. Povolnými aktivními operacemi se rozumějí zejména takové právní úkony klienta, na základě kterých může pojistník disponovat s finančními prostředky (zejména mimořádným pojistným) na pojistné smlouvě, příp. provádět změny na pojistné smlouvě.

Elektronická služba:	Bezpečnostní předměty:	Komunikace s pojistníkem:
AEGON Online	přihlašovací kód a heslo sms autorizace/notifikace (jednorázové heslo)	portál nline.aegon.cz kontaktní centrum AEGON, sms zprávy (příp. email)

- Pojistník bere na vědomí, že nese plnou odpovědnost za Bezpečnostní předměty a SIM kartu mobilního telefonu (resp. telefonního čísla) uvedené v odst. 2 tohoto článku, vydané pojistníkovi nebo použité v souvislosti s výstupními informacemi a/ nebo s povolenými aktivními operacemi elektronických služeb k pojistné smlouvě a závazky vyplývající z jejich používání. Pojistník bere na vědomí, že Bezpečnostní předměty (např. heslo) mu budou pojistitelem doručeny na adresu trvalého bydliště nebo korespondenční adresu (uvedenou v pojistné smlouvě) bez zbytečného odkladu po uzavření pojistné smlouvy nebo formou sms zprávy, zasláné na autorizační mobil pojistníka.
- Pojistník bere na vědomí, že některé elektronické služby k pojistné smlouvě mohou být pojistitelem zpoplatněny, veškeré poplatky jsou uvedeny v aktuálně platných Obchodních podmínkách pojistitele.
- Číslo mobilního telefonu pro autorizaci označuje mobilní telefonní číslo pojistníka určené pro autorizaci a notifikaci pojistníka při používání služby AEGON Online, uvedené ve formuláři pojistné smlouvy, uzavřené mezi pojistitelem a pojistníkem a potvrzené podpisem pojistníka. Pojistník v pojistné smlouvě prohlásil, že je vlastním nebo oprávněným držitelem SIM karty k číslu mobilního telefonu pro autorizaci.

II. Práva a povinnosti

- Pojistník se zavazuje dbát o to, aby se třetí osoba nemohla obeznámit s Bezpečnostními předměty. Za případné škody, které vzniknou zneužitím Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci (prozrazení, zpřístupnění, ztrátu, odcizení apod.) neoprávněnou osobou nenese pojistitel žádnou odpovědnost s výjimkou případů, kdy byl o prozrazení, zpřístupnění, ztrátě nebo odcizení Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci, pojistníkem řádně informován.
- Pojistník se zavazuje bezodkladně oznámit pojistiteli prozrazení, zpřístupnění, ztrátu nebo odcizení Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci.
- Pojistník se zavazuje bezodkladně oznámit pojistiteli ztrátu oprávnění používat SIM kartu mobilního telefonu (resp. telefonní číslo), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci a současně je pojistník povinen bezodkladně písemně oznámit pojistiteli vlastnictví nebo oprávněnou držbu nové SIM karty (resp. telefonního čísla), kterou pojistník zamýšlí používat jako číslo mobilního telefonu o autorizaci. Oznámení pojistníka o změně mobilního telefonního čísla pro autorizaci musí být učiněno písemně vůči pojistiteli.

- Pojistitel se zavazuje zabezpečit přístup pojistníka k příslušným výstupním informacím a povoleným aktivním operacím na portálu online.aegon.cz s výjimkou přestávek na technickou údržbu informačního systému pojistitele nebo z důvodu nefunkčnosti portálu online.aegon.cz, způsobenou okolnostmi vylučujícími odpovědnost pojistitele. Pojistitel se zavazuje zabezpečit přístup pojistníka k příslušným výstupním informacím a povoleným aktivním operacím realizovaných prostřednictvím kontaktního centra pojistitele v provozní době kontaktního centra pojistitele, přičemž pojistitel neodpovídá za případné omezení provozu nebo nefunkčnost kontaktního centra z důvodu přestávek na technickou údržbu telefonických linek a souvisejících zařízení, jakož i z důvodu okolností vylučujících odpovědnost pojistitele. V případě změn v rozsahu nebo způsobu poskytování elektronických služeb pojistitele se pojistitel zavazuje pojistníka o této skutečnosti vhodným způsobem informovat, a to zejména prostřednictvím elektronické služby AEGON Online, emailem nebo formou sms zprávy.
- Poskytování výstupních informací a povolených aktivních operací na portálu online.aegon.cz, prostřednictvím kontaktního centra pojistitele nebo formou sms zpráv je realizováno prostřednictvím veřejných komunikačních linek, přičemž pojistitel neodpovídá za jejich zabezpečení, a proto nemůže ovlivnit skutečnost, že pojistníkovi vznikne újma v důsledku zneužití přenášovaných dat. Za účelem minimalizace rizika zneužití přenášovaných dat pojistitel pojistníkovi doporučuje dodržovat Zásady pro bezpečné užívání elektronické služby AEGON Online, které jsou pojistníkovi přístupné na internetové stránce pojistitele online.aegon.cz.

III. Podmínky pro užívání a realizaci pravidelných výběrů

- Pojistník může navrhnout výplatu plnění ve formě pravidelných výběrů částí akumulačních podílových jednotek ze svého podílového účtu nebo vybraných fondů. Pojistitel je oprávněn stanovit nejnižší a nejvyšší hodnotu pravidelného výběru a je rovněž oprávněn odmítnout požadavek na tuto formu výběru.
- Pojistitel může ukončit provádění pravidelných výběrů. V takovém případě je však povinen informovat klienta o této skutečnosti s dostatečným předstihem (alespoň 1 měsíc, před provedením poslední splátky).
- Návrh na výplatu plnění ve formě pravidelných výběrů lze podat pouze na formuláři AEGON nebo prostřednictvím portálu online.aegon.cz. Podmínkou pro používání elektronických služeb k pojistné smlouvě je platné uzavření smlouvy o poskytnutí a používání elektronických služeb mezi pojistitelem a pojistníkem.
- Pravidelné výběry akumulačních jednotek z podílového účtu a zvláštního podílového účtu bude pojistitel odesílat ze svého bankovního účtu obvykle v průběhu kalendářního měsíce, na který případně dílí čerpání. Pojistník bere na vědomí, že pojistitel se nezavazuje k provedení operace k určitému datu či v určité lhůtě.
- Pojistník bere na vědomí, že některé služby spojené s povolenými aktivními operacemi elektronických služeb mohou být pojistitelem zpoplatněny.
- Limity a omezení:
 - Pravidelný výběr lze realizovat pouze z akumulačních podílových jednotek AEGON Konta.
 - Nelze akceptovat pravidelné výběry, jejichž předpokládaný roční objem přesáhne po započítání již stávajících pravidelných výběrů dvojnásobek aktuální hodnoty akumulačních jednotek zvláštního podílového účtu.
 - Lze akceptovat pouze pravidelné výběry doručené pojistiteli nejpozději do konce kalendářního měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, od kterého je požadováno první čerpání.

IV. Závěrečná ustanovení

- Pojistitel si vyhrazuje právo podmínky užívání elektronických služeb jednostranně měnit, a to zejména rozšířit nebo zúžit rozsah povolených aktivních operací a výstupních informací elektronických služeb k pojistné smlouvě a rovněž právo měnit výši poplatků za elektronické služby, přičemž tato změna vstupuje v platnost dnem vydání nových Podmínek poskytování a používání elektronických služeb AEGON Online. O vydání nových Podmínek poskytování a používání elektronických služeb AEGON Online se pojistitel zavazuje pojistníka vhodným způsobem informovat, a to zejména umístěním této informace na portálu online.aegon.cz nebo formou emailové nebo sms zprávy.
- V případě, že se pojistitel dozví o tom, že nastala skutečnost podle čl. II odst. 1, 2 těchto podmínek, pojistitel si vyhrazuje právo na okamžitě zablokování poskytování výstupních informací a povolených aktivních operací pojistníkovi.

Informace pro zájemce o pojištění ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Informace o pojistiteli

Obchodní firma a právní forma pojistitele, místo registrace pojistitele:
 AEGON Pojišťovna, a.s., IČ: 27182461,

Hlavní předmět podnikání: pojišťovací činnost podle § 4 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví v rozsahu odvětví životních pojištění I., II. a III. uvedených v části A přílohy č. 1 k zákonu o pojišťovnictví, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka č. 9577

Adresa sídla pojistitele:

Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, Česká republika

Název a sídlo orgánu odpovědného za výkon dohledu nad činností pojistitele:

Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Informace o pojišťovacím zprostředkovateli

Vzhledem k tomu, že pojistitel spolupracuje s více pojišťovacími zprostředkovateli, je identifikace konkrétního pojišťovacího zprostředkovatele uvedena tímto zprostředkovatelem samým ve smyslu ust. § 21 odst. 5 písm. a) zák. č. 38/2004 Sb. a na tuto informaci pojišťitel odkazuje.

Titul, na základě kterého zprostředkovatel se spotřebitelem jedná:

Zprostředkovatel je oprávněn nabízet životní pojištění pojistitele na základě smlouvy o obchodním zastoupení uzavřené s pojistitelem.

Informace o poskytovaném životním pojištění a o pojistné smlouvě na životní pojištění

Pro soukromé životní pojištění, které sjednává AEGON Pojišťovna, a.s., platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky. Pojistné podmínky k jednotlivým druhům pojištění a připojištění. V těchto dokumentech naleznete i podrobné podmínky sjednaného pojištění. Konkrétní rozsah a název pojištění, výše pojistného, doba trvání pojištění a způsob placení pojistného jsou uvedeny v pojistné smlouvě a v uvedených pojistných podmínkách.

Obecný popis produktu

Smlouva pojištění AEGON Direkt zavazuje pojistitele k výplatě sjednané částky (pojistného plnění) v případě, že nastane událost definovaná v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách. Pojištění AEGON Direkt obsahuje pouze rizikovou složku, tzn., že je určeno ke krytí sjednaných rizik. Nevzniká u něj nárok na odkupné ani není vázáno na investiční podíly.

Základní pojištění

Pojištění AEGON Direkt obsahuje vždy pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci. V případě smrti je obmyšlená osobě určené v pojistné smlouvě vyplacena pojistná částka. Nemí-li obmyšlená osoba určena, platí ustanovení zákona.

Připojištění

Veškeré detailní informace o jednotlivých připojištěních, kterými jsou zejména:

- přesná definice pojistné události
- způsob určení a výpočtu pojistného plnění jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro dané připojištění.

Součástí pojištění AEGON Direkt nejsou bonusy.

Doba platnosti pojistné smlouvy, počátek pojištění

Pojistná smlouva je uzavřena přijetím návrhu pojistné smlouvy ve lhůtě 30 dnů od jeho předložení pojistitelem

- dnem podpisu návrhu anebo
- dnem zaplacení prvního pojistného, tj. od okamžiku připsání prvního pojistného na účet pojistitele.

Počátek pojištění nastává v 00:00 hodin dne uvedeného v návrhu pojistné smlouvy jako „počátek pojištění“.

Určuje se také tzv. **technický počátek pojištění**. Jedná se vždy o 1. den kalendářního měsíce, následující po počátku pojištění; technický počátek pojištění je zároveň dnem splatnosti prvního běžného pojistného.

Pojistná ochrana v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě je poskytována od okamžiku zaplacení prvního pojistného, tj. od okamžiku připsání prvního pojistného na účet pojistitele.

Minimální délka trvání pojistné smlouvy

Minimální doba pojištění je 1 rok.

Pojistné, způsob a doba jeho placení

Pojistným se rozumí úplata za pojistitelem poskytnutou pojistnou ochranu v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě.

Na smlouvě je placeno tzv. **běžné pojistné, tzn. pojistné placené v pravidelných splátkách** za zvolené pojistné období (například měsíčně). Výše běžného pojistného je stanovena v pojistné smlouvě. Je závislá na rozsahu pojistné ochrany (sjednaných pojistných částkách).

Běžné pojistné za první pojistné období je **splatné** dnem technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je

splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období. Běžné pojistné je hrazeno po celou dobu trvání pojištění. Pojistné musí být placeno v Kč. Pojistné může být hrazeno **bankovním převodem**.

Jak správně hradit pojistné:

Číslo účtu příjemce: 2043980407/2600, Citibank Europe plc.
 Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy, které je uvedeno na pojistce
 Konstantní symbol: 3558 (pro bankovní převod)
 Specifický symbol: 11

Záloha pojistného není požadována.

Způsoby zániku pojistné smlouvy a/nebo zániku sjednaných připojištění

Pojištění může zaniknout těmito způsoby:

- V případě pojištění s automatickým prodloužením pojistné doby zanikne pojištění, pokud jedna ze smluvních stran (pojistitel nebo pojistník) oznámí nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané pojistné doby druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem.
- V případě pojištění bez automatického prodloužení pojistné doby zanikne pojištění uplynutím sjednané pojistné doby.
- Dnem smrti pojištěného
- Výpovědí ze strany pojistníka
- Výpovědí ze strany pojistitele
- Dohodou
- Odstoupením
- Pro neplacení pojistného – po marném uplynutí lhůty uvedené v upomínce
- Dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění
- Úmrtím pojištěného
- Zánikem pojistného zájmu
- Zánikem pojistného nebezpečí

Pojistník a pojistitel mohou pojištění **vypovědět** do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s 8denní výpovědní lhůtou. Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období (tj. období podle zvolené frekvence placení), přičemž musí být výpověď doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná. Zákonné důvody **odstoupení** pro nepravdivé nebo neúplně zodpovězené dotazy jsou uvedeny v Pojistných podmínkách pojištění AEGON Direkt, v článku nazvaném „Trvání pojištění a zánik pojištění“ (čl. č. 9).

Poučení o právu na odstoupení od smlouvy

Právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu máte ve lhůtě 30 dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy. Pro účely uplatnění práva na odstoupení od smlouvy musíte o svém odstoupení od pojistné smlouvy informovat pojistitele, tedy společnost AEGON Pojišťovna, a.s. se sídlem Na Pankráci 26/322, Praha 4 a uvést číslo Vaší pojistné smlouvy. Vaše telefonní číslo a e-mailovou adresu, pokud vlastníte, a sice formou jednostranného právního jednání (tímto se rozumí dopis zaslaný prostřednictvím provozovatele poštovních služeb, faxem nebo e-mailem). Můžete použít vzorový formulář pro odstoupení od smlouvy umístěný na internetových stránkách, není to však Vaší povinností. Aby byla dodržena lhůta pro odstoupení od této smlouvy, postačuje odeslat odstoupení od smlouvy před uplynutím třicetidenní lhůty.

Důsledky odstoupení od smlouvy

Pokud odstoupíte od pojistné smlouvy, vrátíme Vám bez zbytečného odkladu, nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy nám došlo Vaše oznámení o odstoupení od smlouvy, platby, které jsme od Vás obdrželi v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy na účet uvedený v písemném oznámení o odstoupení. Vzorový formulář pro odstoupení od smlouvy je k dispozici na internetových stránkách pojistitele www.aegon.cz. Daný formulář vyplňte a pošlete pojistiteli pouze v případě, že chcete odstoupit od pojistné smlouvy.

Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti poruší povinnost stanovenou v § 2788 Občanského zákoníku, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel. Pojistník má dále právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost stanovenou v § 2789. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti dle Občanského zákoníku. Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupil-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.

Výluky z pojistného plnění a jiná omezení

Aby se předešlo případným nedorozuměním, je třeba věnovat velkou pozornost těmto informacím:

- **Přesné vymezení pojistné události** – co se rozumí pojistnou událostí a co nikoli; najdete ve zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- **Výluky** – případy, kdy **pojistitel neposkytuje pojistné plnění**; jedná se zpravidla o situace vlastního zavinění škody klientem, určitá mimořádná rizika jako jaderné katastrofy či války nebo činnosti s extrémním rizikem jako např. adrenalinové sporty; přesné vymezení výluk najdete v Pojistných podmínkách pojistitele pro pojištění AEGON Direkt, v článku nazvaném „Výluky z pojištění“ (čl. č. 6).
- **Omezení plnění** – případy, kdy **pojistitel za určitých okolností omezuje výši plnění**; přesné vymezení najdete v Pojistných podmínkách pro pojištění AEGON Direkt, v článku nazvaném „Omezení pojistného plnění“ (čl. č. 7); konkrétně je jedná o: 1) případ úrazu po požití alkoholu nebo jiné návykové látky, pokud je zde příčinná souvislost, 2) případ, kdy pojištěný odvolá svůj souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu.

Informace o daňových právních předpisech

Daňové povinnosti, které se vztahují na pojistnou smlouvu, se řídí zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, který upravuje osvobození plnění z pojištění osob od daně z příjmů (§ 4). Upozorňujeme, že pojistné zaplacené za pojištění AEGON Direkt není odečitatelné od daně z příjmů fyzických osob ani případný příspěvek na toto pojištění zaplacený Vaším zaměstnavatelem není osvobozen od daně z příjmů fyzických osob.

Uvedená informace o daňových právních předpisech je platná k datu 1. 11. 2015.

Kde může klient podat stížnost

1. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba (dále společně jen „klient“) může podat stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojistitele nebo výkonu činnosti pojišťovacího zprostředkovatele v souvislosti s platnou nebo zaniklou pojistnou smlouvou.
2. Klient má možnost podat stížnost písemně prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu AEGON Pojišťovna, a.s., Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, Česká republika.
3. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo je-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, vyzve pojistitel klienta, aby ve stanovené přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. Pokud tak klient neučiní, bude stížnost považována za zmatečnou a nebude moci být vyřízena.
4. Pojistitel se bude zabývat každou doručitou stížností, která bude splňovat výše uvedené náležitosti. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů a začíná plynout prvním pracovním dnem po jejím doručení pojistiteli, popřípadě prvním pracovním dnem po jejím doplnění. Tato lhůta může být prodloužena o dalších 30 kalendářních dnů, a to zejména v případě potřeby vyžádat si součinnost třetích osob.
5. Stížnost klienta bude pojistitel vyřizovat bez zbytečného odkladu, přičemž klient nemá nárok domáhat se jejího přednostního vyřízení.
6. Klient je oprávněn podat na postup pojistitele nebo pojišťovacího zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, příp. také obrátit se na finančního arbitra dle zák. č. 229/2002 Sb.

Právní předpisy platné pro pojistnou smlouvu a řešení sporů

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojistitel AEGON Pojišťovna, a.s. (dále jen „pojistitel“), se řídí právním řádem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Rozhodování sporů v zásadě přísluší obecným soudům ČR; v případě vzniku sporu z titulu uzavřené pojistné smlouvy je možné se obrátit se žalobou na věcně a místně příslušné soudy ČR nebo v případě dohody účastníků sporu na rozhodce, případně na Finančního arbitra ČR.

Další informace pro zájemce o pojištění

Definice všech pojištění a způsoby zániku pojistné smlouvy jsou zájemci oznámeny v tomto informačním listu a dále v Pojistných podmínkách pojištění AEGON Direkt a zvláštních pojistných podmínkách platných pro sjednávány typ pojištění.

Jazyk pro komunikaci mezi smluvními stranami

Český jazyk, není-li dohodnuto jinak.

Vyžádání dalších informací

V případě zájmu si můžete kdykoliv vyžádat další informace týkající se pojištění AEGON Direkt. Kdykoli během trvání pojistné smlouvy máte právo obdržet pojistné podmínky v tištěné podobě a právo změnit způsob komunikace.

Etické otázky a pravidla chování

Pojistitel se řídí Kodexem chování společnosti AEGON, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.aegon.cz. AEGON Pojišťovna, a.s., je členem České asociace pojišťoven, jejíž Kodex etiky v pojištnictví je k dispozici na internetových stránkách www.cap.cz.

Platnost údajů uvedených v informačním listu:

Údaje, uvedené v tomto dokumentu jsou platné k 1. 11. 2015 a zůstávají v platnosti do jejich případné změny, která vám bude v souladu se smlouvou řádně a včas oznámena.

Informace a prohlášení k pojistné smlouvě

Prohlášení a souhlasy se zpracováním osobních údajů a k zaslání obchodních sdělení Ochrana osobních údajů

Zaplacením prvního pojistného nám (AEGON Pojišťovna, a.s., se sídlem Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4) jakožto správci osobních údajů, udělujete výslovný souhlas v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPO“), a zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále je „ZOOÚ“), abychom Vaše osobní údaje včetně citlivých osobních údajů, jež jste nám poskytl/-a v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo které jsme získali jiným zákonným způsobem, byly námi nebo námi v souladu se ZOOÚ pověřeným zpracovatelem zpracovávány za účelem využívání těchto osobních údajů v rámci předmětu podnikání pojistitele, tj. zejména k činnostem přímo nebo nepřímo souvisejícím s pojišťovací či zajišťovací činností. Vaše osobní údaje budeme zpracovávat výše uvedeným způsobem v rozsahu požadovaném pojistnou smlouvou včetně jejích změn a dodatků, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích z pojistného závazkového vztahu. Zaplacením prvního pojistného se zavazuje, že nám případnou změnu zpracovávaných osobních údajů nahlásíte bez zbytečného odkladu.

Zpracovatelem osobních údajů je osoba pověřená pojistitelem, a to zejména pojišťovaci zprostředkovatel nebo jiná osoba poskytující služby pojistiteli v rozsahu uvedeném níže, která je podle zvláštního právního předpisu nebo podle ZOOÚ oprávněna zpracovávat Vaše osobní údaje, a to za podmínek sjednaných ve smlouvě o zpracování osobních údajů podle § 6 ZOOÚ s pojistitelem a v rozsahu vymezeném touto pojistnou smlouvou včetně jejích změn a dodatků. Vaše osobní údaje mohou být zpřístupněny výlučně osobám, které pro pojistitele nebo jeho jménem poskytují a zabezpečují činnosti a služby nezbytné pro řádné plnění účelu zpracování vymezenému výše, a to zejména zprostředkování pojištění, zpracování pojistných smluv do klientského systému, zabezpečení dokument management systému (skenování a oběh dokumentů v rámci pojistitele), provozování klientského centra (call centrum), zabezpečení zpracování hromadné klientské komunikace/ korespondence (obálkování a kompletace dopisů).

Zaplacením prvního pojistného dáváte souhlas, abychom v případě potřeby sdělili Vaše osobní údaje, obsažené v této pojistné smlouvě společně s jménem a příjmením AEGON i do jiných států, a to zejména společnosti AEGON N.V., se sídlem Haag, Nizozemské království. Koncern AEGON znamená skupinu osob sdružených se společností AEGON Pojišťovna, a.s., a to osob, ve kterých má AEGON Pojišťovna, a.s., přímý nebo nepřímý majetkový podíl, dále osob, které mají přímý nebo nepřímý majetkový podíl ve společnosti AEGON Pojišťovna, a.s., a konečně osob, v nichž kterákoliv z výše uvedených osob má přímý nebo nepřímý majetkový podíl.

Zaplacením prvního pojistného dále souhlasíte s tím, aby Vaše osobní údaje s výjimkou citlivých osobních údajů ve smyslu § 4 písm. b) ZOOÚ, v rozsahu jméno, příjmení, datum narození, adresa, tel. kontakt, byly námi a každým dalším správcem zpracovávány, rozumí se i vzájemně mezi nimi předávány, za účelem zkvalitnění péče, provádění marketingových činností, informování dalších správců o bonitě a důvěryhodnosti a analyzování těchto údajů, a za účelem nabízení obchodu a služeb. Pojmem další správci se rozumí společnosti sdružené v rámci koncernu AEGON a/nebo jakákoliv společnost, která se stane součástí koncernu AEGON v České republice. Zaplacením prvního pojistného souhlasíte s tím, aby správce zpracovával Vaše osobní údaje za účelem a v rozsahu shora uvedeném po dobu od udělení tohoto souhlasu po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností po ukončení posledního smluvního nebo jiného právního vztahu, s kterýmžkoli ze správců. Tento souhlas se zpracováním osobních údajů je dobrovolný a pojištěný/pojistník je oprávněn jej kdykoliv odvolat ve vztahu k jakémukoli správci. Odvolání souhlasu musí být učiněno písemně vůči pojistiteli.

Zaplacením prvního pojistného udělujete souhlas s tím, že Vaše osobní údaje mohou být předávány do jiných států zajišťitelům pojistitele (zejména společnost Münchener Rückversicherungs Gesellschaft, Mnichov, Spolková republika Německo), bude-li to pro účely pojistné smlouvy nezbytné.

Vaše práva v souvislosti se zpracováním osobních údajů:

Osobní údaje, které od Vás požadujeme, jsou nezbytné k uzavření pojistné smlouvy, stanovení podmínek pojištění a řádnému plnění výše uvedeného účelu zpracování osobních údajů; odmítnutí jejich poskytnutí má za následek, že bychom s Vámi pojistnou smlouvu nemohli uzavřít. Vámi udělený souhlas se zpracováním osobních údajů je dobrovolný a jste oprávněn jej kdykoliv vůči nám písemně odvolat. V případě odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů Vás však upozorňujeme, že Vaše pojištění v daném případě zaniká dnem, ke kterému jste písemně odvolal/-a Váš souhlas se zpracováním osobních údajů. Máte právo na přístup k osobním údajům dle § 12 a další práva dle § 21 ZOOÚ, zejména právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů se sídlem v Praze v případě, že jste nabyt/-a dojem, že jsme porušili naše povinnosti vyplývající z výše uvedeného zákona, a dále právo požadovat vysvětlení, opravu, doplnění, blokování nebo likvidaci osobních údajů. Zaplacením prvního pojistného potvrzujete, že jste byl/-a o těchto právech řádně poučen/-a.

Obchodní sdělení

Zaplacením prvního pojistného nám udělujete souhlas se zasláním obchodních sdělení formou sms zpráv a elektronické pošty příp. jinou formou elektronické komunikace za účelem nabízení obchodu a služeb a provádění marketingových činností (přímo marketingu) ve smyslu ust. § 7 zák. č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, ve znění pozdějších předpisů, a současně, že jste byl poučen o tom, že Váš souhlas se zasláním obchodních sdělení za účelem nabízení obchodu a služeb a provádění marketingových činností (přímo marketingu) můžete kdykoliv písemně odvolat vůči pojistiteli.

Souhlas se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu, zdravotní dokumentace Zaplacením prvního pojistného:

- nám udělujete souhlas, abychom my jako pojistitel a rovněž námi určené zdravotnické zařízení kdykoli dle svého uvážení zjišťovali a přezkoumávali zdravotní stav pojištěného nebo zjišťovali příčiny jeho smrti. Je důležité, abyste věděl/-a a vzal/-a na vědomí, že zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace, kterou si vyžádáme prostřednictvím zdravotnických zařízení od ošetřujících lékařů,
- potvrzujete, že se v případě potřeby podrobíte prohlídce nebo vyšetření u zdravotnického zařízení, které Vám stanovíme.
- ve smyslu ustanovení § 51 a násl. Zákona č. 371/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (zákon o zdravotních službách) zprostředkujete mlčenlivosti ošetřující nebo námi pověřené lékaře a zdravotnická zařízení, a souhlasíte, aby sdělili pojistiteli požadované údaje o jeho zdravotním stavu a umožnili mu nahlédnout do zdravotní dokumentace, pořídit si z ní výpisy či kopie. Tento souhlas je nezbytný za účelem uzavření pojistné smlouvy, provádění změn v pojistné smlouvě, vyřizování pojistných událostí během Vašeho života i po Vaší případné smrti a za účelem plnění závazků vyplývajících z pojistné smlouvy včetně dalších úkonů s tím souvisejících.

Daňový rezident v České republice

Daňovým rezidentem v České republice se ve smyslu § 2 zákona o daních z příjmů rozumí osoba, která na území České republiky:

- má bydliště (místo, kde má daňový poplatník stálý byt za okolností, z nichž lze usuzovat na jeho úmysl trvale se v tomto bytě zdržovat) nebo
- se v ČR obvykle zdržuje alespoň 183 dnů v příslušném kalendářním roce, a to souvisle nebo v několika obdobích.

Obecné informace o politicky exponované osobě

Politicky exponovanou osobou se pro účely zákona č. 253/2008 Sb. rozumí:

- fyziká osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností, jako je například hlava státu nebo předseda vlády, ministr, náměstek nebo asistent ministra, člen parlamentu, člen nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného vyššího soudního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen účetního dvora, člen vrcholného orgánu centrální banky, vysoký důstojník v ozbrojených silách nebo sborech, člen správního, řídicího nebo kontrolního orgánu podniku ve vlastnictví státu, velvyslanec nebo chargé d'affaires, nebo fyzická osoba, která obdobně funkce vykonává v orgánech Evropské unie nebo jiných mezinárodních organizací, a to po dobu výkonu této funkce a dále po dobu jednoho roku po ukončení výkonu této funkce, a která
 - má bydliště mimo Českou republiku, nebo
 - takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo Českou republiku,
- fyziká osoba, která
 - je k osobě uvedené v bodu 1. ve vztahu manželském, partnerském anebo v jiném obdobném vztahu nebo ve vztahu rodičovském,
 - je k osobě uvedené v bodu 1. ve vztahu syna nebo dcery nebo je k synovi nebo dceři osoby uvedené v bodu 1. osobou ve vztahu manželském (zeťové, snachy), partnerském nebo v jiném obdobném vztahu,
 - je společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cízoho právního řádu, jako osoba uvedená v bodu 1., nebo je o ní povinně osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v bodu 1., nebo
 - je skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cízoho právního řádu, o kterém je známo, že bylo vytvořeno ve prospěch osoby uvedené v bodu 1.